保険薬局薬剤師による意見等報告書 様式6

神奈川県警友会けいゆう病院宛（ FAX:045-221-8288 ）　　令和　　年　　月　　日

患者様情報	
氏　　名	様
※患者ＩＤ（登録番号）	
診　療　科	科
発行医名	医師
処方箋交付年月日	令和　　年　　月　　日
調　剤　日	令和　　年　　月　　日

保険薬局様情報	
保険薬局名	
所　在　地	
電話番号	
FAX 番号	
薬剤師氏名	

※患者 ID は「処方箋患者氏名の上」に記載があります。

内容:　　1. 苦情　2. トラブル　3. 意見・要望　4. その他
（〇で囲む）

（必要に応じて処方箋を一緒に FAX 送信してください。）